



3-Dia de Emissao da Guia	10/4/11/2/0
4-Dia de Autorizacao	10/5/11/2/0
5-Serinha	AUTORIZADO
6-Número de Guia Principal	8020746
7-Dia Validada de Serinha	10/2/10/2/2/1

570 da Carteira 0 2 0 2 5 3 2 8 9 0 1 0 0 0 0 1 0 2

6-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão

13	LIAN JOSE SOUZA MORAES	06/06/1980	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE DA SILVA MORAES
----	------------------------	------------	----------------------	---

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
ALESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

13	8	5	3	3	1	1	6	9	5	lipo na Operadora / CNPJ / CPF
ALESSANDRO LO TURCO VALIM										
122-Nome do Contratado Exatante										
22-Número no CRO										
32006										
24-U/F										
MG										
125-Código CNES										

29-UF	27-Número no CHU	28-Código CBO S
MG	32006	

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia-Co-participação R\$	39-Aut	40-Dat
---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	--------

[illegible][illegible][illegible]

0	8	5	1	0	0	1	9	6		RESTAURACÃO RESINA	24	0	1			6	1	0	0				0	0	0				5	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--------------------	----	---	---	--	--	---	---	---	---	--	--	--	---	---	---	--	--	--	---	---	---

[illegible][illegible]

[illegible]

[illegible]

9. que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável.

antes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

411094